

Eingang: 1. Vorsprache:	<b>Antrag auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII)</b>	<b>Aktenzeichen:</b>
----------------------------	--	----------------------

1.	Persönliche Verhältnisse		
101		1. Person	2. Person
102		<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
103		<b>Antragsteller/in</b>	<input type="checkbox"/> Ehegatte (nicht getrenntlebend) <input type="checkbox"/> Lebenspartner(in) (nicht getrenntlebend) <input type="checkbox"/> Partner(in) in eheähnlicher Gemeinschaft <input type="checkbox"/> minderjähriges Kind <input type="checkbox"/>
	Bitte legen Sie Ihre Personaldokumente vor.		
104	Familienname		
105	Geburtsname		
106	Vorname		
107	Geburtsdatum und Geburtsort		
108	Straße, Hausnummer		
109	PLZ, Ort		
110	Telefonnummer (freiwillig)		
111	E-Mail-Adresse (freiwillig)		
112	Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden seit:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden seit:
113	Haben Sie bereits Sozialleistungen (z.B. SGB II – Hartz IV oder SGB XII) erhalten?	<input type="checkbox"/> Ja – Bis wann? Von welchem Amt? <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja – Bis wann? Von welchem Amt? <input type="checkbox"/> Nein
114	Sind Sie Spätaussiedler/in?	<input type="checkbox"/> Ja – eingereist am: <input type="checkbox"/> § 4 BVFG <input type="checkbox"/> § 7 BVFG <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja – eingereist am: <input type="checkbox"/> § 4 BVFG <input type="checkbox"/> § 7 BVFG <input type="checkbox"/> Nein
	<b>Für Menschen mit Migrationshintergrund</b>		
115	Aufenthaltsrechtlicher Status	<input type="checkbox"/> EU-Ausländer <input type="checkbox"/> Aufenthaltsgestattung/Duldung <input type="checkbox"/> Niederlassungserlaubnis <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis Nach § gültig bis <input type="checkbox"/> Asylberechtigter <input type="checkbox"/> Asylbewerber <input type="checkbox"/> (Bürger-)Kriegsflüchtling	<input type="checkbox"/> EU-Ausländer <input type="checkbox"/> Aufenthaltsgestattung/Duldung <input type="checkbox"/> Niederlassungserlaubnis <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis Nach § gültig bis <input type="checkbox"/> Asylberechtigter <input type="checkbox"/> Asylbewerber <input type="checkbox"/> (Bürger-)Kriegsflüchtling
116	Grund der Einreise	Datum: Grund:	Datum: Grund:
117	Liegt eine Verpflichtungserklärung vor? (Falls ja, bitte Nachweis beifügen)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Angaben zur Betreuerin / zum Betreuer / Beistandschaft des Jugendamtes			
		1. Person	2. Person
118	Haben Sie eine/n Betreuer/in oder einen Beistand?	<input type="checkbox"/> Ja – Bitte fügen Sie die Bestellungsurkunde/ Nachweise bei. <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja – Bitte fügen Sie die Bestellungsurkunde/ Nachweise bei. <input type="checkbox"/> Nein
119	Familiename, Vorname		
120	Adresse		
121	Telefonnummer		
122	E-Mail-Adresse		
Sonstige Angaben			
123	Sind Sie in den letzten zwei Monaten aus dem Ausland eingereist?	<input type="checkbox"/> Ja – am: aus: <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja – am: aus: <input type="checkbox"/> Nein
124	Haben Sie in der Vergangenheit im Ausland gelebt/gearbeitet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
125	Leben Sie in einer stationären Einrichtung (z.B. Heim/Krankenhaus) oder sind Sie in den letzten zwei Monaten aus einer stat. Einrichtung ausgezogen?	<input type="checkbox"/> Ja – Einzug: Auszug: Wo haben Sie vorher gewohnt? <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja – Einzug: Auszug: Wo haben Sie vorher gewohnt? <input type="checkbox"/> Nein
126	Erhalten Sie Leistungen nach Teil 2 des SGB IX (Eingliederungshilfe) oder haben sie Leistungen beantragt?	<input type="checkbox"/> Ja – welche: bewilligt seit: beantragt am: <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja – welche: bewilligt seit: beantragt am: <input type="checkbox"/> Nein
127	Leben Sie in einer ambulant betreuten Wohnform?	<input type="checkbox"/> Ja – seit wann? Wo haben Sie vorher gewohnt? <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja – seit wann? Wo haben Sie vorher gewohnt? <input type="checkbox"/> Nein
128	Haben Sie bis vor zwei Monaten als Minderjähriger außerhalb des elterlichen Haushalts gelebt?	<input type="checkbox"/> Ja – bis wann? Wo? <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja – bis wann? Wo? <input type="checkbox"/> Nein
Wenn Sie eine der Fragen 123 bis 128 mit Ja beantwortet haben:			
129	Wer hat die Kosten getragen?		
2. Unterhalt			
Bitte legen Sie Nachweise zu Ihren Angaben vor (z.B. Scheidungsurteil, Unterhaltsregelung).			
		1. Person	2. Person
201	Haben Sie Unterhaltsansprüche gegen einen der Angehörige?	<input type="checkbox"/> Ja, gegen: <input type="checkbox"/> Ja, ich erhalte bereits Unterhalt. <input type="checkbox"/> Ja, ich habe bereits einen Unterhaltstitel. <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, gegen: <input type="checkbox"/> Ja, ich erhalte bereits Unterhalt. <input type="checkbox"/> Ja, ich habe bereits einen Unterhaltstitel. <input type="checkbox"/> Nein
202	Bestehen vertragliche Ansprüche gegenüber Dritten, z.B. aus einer Hausübergabe oder einem Unfall?	<input type="checkbox"/> Ja, gegen Grund: <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, gegen Grund: <input type="checkbox"/> Nein

203	<b>Weitere Personen <u>innerhalb</u> des Haushaltes</b> (bitte nutzen Sie ggf. ein weiteres Blatt)					
204	Nachname, Vorname					
205	Geburtsdatum					
206	Familienstand					
207	Persönliche Stellung zur antragstellenden Person					
208	Staatsangehörigkeit					
209	Bestreitet den Lebensunterhalt selbst		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
210	<b>Mögliche unterhaltspflichtige Angehörige <u>außerhalb</u> des Haushaltes</b> (z.B. Kinder, Eltern, geschiedene oder getrenntlebende Ehegatten - Füllen Sie diese Felder <b>immer</b> aus, auch wenn aus Ihrer Sicht keine Unterhaltspflicht besteht) (Bitte nutzen Sie gegebenenfalls ein zusätzliches Blatt)					
211	Familienname, Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis	Familienstand	Beruf/ derzeitige Tätigkeit	Anschrift
212						
213						
214						
215						
216						
217						
218						
219						
220						
	<b>Angaben zum Einkommen der Kinder und der Eltern</b>					
		<b>1. Person</b>		<b>2. Person</b>		
221	Verfügt eines Ihrer Kinder oder Ihre Eltern über erhebliches Einkommen (von oder über 100.000 € brutto pro Jahr)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wer?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wer?		

3.	<b>Kosten der Unterkunft</b>		
301	Wohnen Sie mietfrei? (Falls ja, müssen die Zeilen 302-313 nicht ausgefüllt werden)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Wenn Sie Haus- oder Wohnungseigentum selbst bewohnen, bitten wir Sie eine gesonderte Aufstellung über die Kosten und Belastungen vorzulegen und die Angaben durch geeignete Unterlagen zu belegen.		
	<b>Angaben zur Wohnung und zur Wohnungsmiete</b>		
	Bitte legen Sie Ihren Mietvertrag und sofern vorhanden das letzte Mieterhöhungsschreiben und die letzte Nebenkostenabrechnung vor.		
302	Wie viele Personen leben in der Wohnung?		
303	Wie groß ist die Wohnfläche?	m <sup>2</sup>	
304	Wann sind Sie in die Wohnung eingezogen?		
305	Wie hoch ist die Kaltmiete?	Euro	
306	Wie hoch sind die kalten Nebenkosten?	Euro	
307	Ist die Wohnung möbliert gemietet?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, anfallende Kosten:	Euro
308	Zahlen Sie Nebenkosten für den Haushaltsstrom an Ihren Vermieter?	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe      Euro	<input type="checkbox"/> Nein
309	Haben Sie Einnahmen aus Untervermietung?	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe      Euro	<input type="checkbox"/> Nein
	<b>Angaben zur Heizung</b>		
	Bitte legen Sie die letzte Heizkostenabrechnung Ihres Vermieters und / oder die letzte Abrechnung Ihres Versorgungsunternehmens vor.		
310	Mit welcher Energieart heizen Sie?	<input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Strom <input type="checkbox"/> Fernwärme <input type="checkbox"/> Kohle <input type="checkbox"/> Sonstiges	
311	An wen zahlen Sie Ihre Heizkosten?	<input type="checkbox"/> Vermieter <input type="checkbox"/> Versorgungsunternehmen	
312	Wie hoch sind die monatlichen Vorauszahlungen?	Euro	
313	Sind in der Heizkostenvorauszahlung Kosten für die Warmwasserbereitung enthalten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
4.	<b>Kranken- und Pflegeversicherung</b>		
	Bitte legen Sie eine aktuelle Mitgliedsbescheinigung und evtl. Beitragsrechnung vor – bei Privatversicherungen auch über den Versicherungsumfang.		
		1. Person	2. Person
401	Wo sind Sie versichert?		
402	Wie sind Sie versichert?	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> KVdR <input type="checkbox"/> nicht versichert - § 264 SGB V	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> KVdR <input type="checkbox"/> nicht versichert - § 264 SGB V
403	Sind Sie beihilfeberechtigt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei

5.		Mehrbedarf	
Bitte legen Sie Nachweise zu Ihren Angaben vor (z.B. Schwerbehindertenausweis oder Feststellungsbescheid über die Schwerbehinderung; ärztliche Bescheinigungen).			
		1. Person	2. Person
501	Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, gültig bis Grad der Behinderung Merkzeichen „G“ oder „aG“? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, gültig bis Grad der Behinderung Merkzeichen „G“ oder „aG“? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
502	Ursachen der Behinderung	<input type="checkbox"/> durch Geburt <input type="checkbox"/> seit Geburt <input type="checkbox"/> durch Unfall <input type="checkbox"/> durch Impfschaden <input type="checkbox"/> durch Gewalteinwirkung <input type="checkbox"/> nicht bekannt <input type="checkbox"/> sonstige Gründe  seit wann?	<input type="checkbox"/> durch Geburt <input type="checkbox"/> seit Geburt <input type="checkbox"/> durch Unfall <input type="checkbox"/> durch Impfschaden <input type="checkbox"/> durch Gewalteinwirkung <input type="checkbox"/> nicht bekannt <input type="checkbox"/> sonstige Gründe  seit wann?
503	Bestehen vertragliche oder gesetzliche Ansprüche gegenüber Dritten?	<input type="checkbox"/> Ja, gegen <input type="checkbox"/> Nein, weil	<input type="checkbox"/> Ja, gegen <input type="checkbox"/> Nein, weil
504	Wurde gegen den Schadenverursacher geklagt?	<input type="checkbox"/> Ja, erfolgreich <input type="checkbox"/> Ja, Klage abgewiesen <input type="checkbox"/> Nein, weil	<input type="checkbox"/> Ja, erfolgreich <input type="checkbox"/> Ja, Klage abgewiesen <input type="checkbox"/> Nein, weil
505	Sind Sie alleinerziehend?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
506	Benötigen Sie wegen einer Krankheit oder Behinderung eine besondere und deswegen kostenaufwändige Ernährung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
6.		Einkommen	
Es sind sämtliche Einkünfte, auch geringfügige und <b>ausländische</b> , anzugeben. Die untenstehende Aufzählung ist insofern nicht abschließend. Es kommt nicht darauf an, ob die Einkünfte steuer- oder sozialversicherungspflichtig sind. Bitte legen Sie Ihre Einkommensnachweise der letzten 12 Monate vor (z.B. Rentenbescheid, Kindergeldbescheid, Gehaltsbescheinigung, Steuerbescheid).			
		1. Person	2. Person
601	Üben Sie derzeit eine Tätigkeit aus?	<input type="checkbox"/> Ja, welche:  <input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, welche:  <input type="checkbox"/> Nein.

	Erzielen Sie Einkommen aus den folgenden Einkommensarten?	Monatlicher Betrag (brutto)		Monatlicher Betrag (brutto)	
602	<b>Nichtselbstständige Tätigkeit</b>	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein.
603	<b>Selbstständige Tätigkeit</b> (z. B. Gewerbebetrieb, Land- und Forstwirtschaft, sonstige selbstständige Tätigkeit)	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein.
604	<b>Einkünfte aus der Tätigkeit in einer WfbM</b>	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein.
	<b>Wenn Ja, nehmen Sie an der Mittagsverpflegung teil?</b>	<input type="checkbox"/> Ja, Tage/Woche:	<input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Tage/Woche:	<input type="checkbox"/> Nein.
	<b>Handelt es sich um einen Außenarbeitsplatz?</b>	<input type="checkbox"/> Ja.	<input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja.	<input type="checkbox"/> Nein.
605	<b>Kapitalvermögen</b> (z. B. Zinserträge)	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein.
606	<b>Vermietung/Verpachtung</b>	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein.
607	<b>Krankengeld oder Übergangsgeld</b>	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein.
608	<b>Kindergeld oder Leistungen nach dem Unterhaltsvorschussgesetz (UVG)</b>	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein.
609	<b>Eltern- oder Betreuungsgeld</b>	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein.
610	<b>Alters-, Erwerbsminderungs- oder Berufsunfähigkeitsrente</b>	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein.
611	<b>Witwen-, Witwer- oder Waisenrente</b>	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein.
612	<b>Unfall- oder Invaliditätsrente</b>	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein.
613	<b>Werks-, Betriebs-, Versorgungs- oder Zusatzrente</b>	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein.
614	<b>Sonstige Renten oder Pensionen</b> (z.B. ausländische Renten, Riester-R.)	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein.
615	<b>Landwirtschaftliches Altersgeld oder Deputate</b> (Lebensunterhalt in Naturalien)	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein.
616	<b>Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) oder Leistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz (LAG)</b>	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein.
617	<b>Erhalten Sie einen Grundrentenzuschlag?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein.
618	<b>Haben Sie 33 oder mehr Jahre an Grundrentenzeiten bzw. vergleichbaren Zeiten erfüllt?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein.
619	<b>Zahlungen aus privatrechtlichen Ansprüchen</b> (z.B. lfd. Unterhalt)	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein.
620	<b>Wohngeld</b>	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein.
621	<b>Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit</b> (z.B. Pflegegeld)	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein.
622	<b>Blindengeld/Blindenhilfe</b>	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe:	<input type="checkbox"/> Nein.

623	Leistungen von der Bundesagentur für Arbeit	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: <input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: <input type="checkbox"/> Nein.
624	Leistungen nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BaföG)	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: <input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: <input type="checkbox"/> Nein.
625	Einkommensteuererstattung (bzw. Anspruch darauf)	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: <input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: <input type="checkbox"/> Nein.
626	Sonstiges Einkommen	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe und Art: <input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe und Art: <input type="checkbox"/> Nein.
627	Sind eine oder mehrere der oben aufgeführten Leistungen beantragt, aber bislang noch nicht bewilligt worden?	<input type="checkbox"/> Ja, Art und zuständige Stelle: <input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Art und zuständige Stelle: <input type="checkbox"/> Nein.
628	Haben Sie in der Vergangenheit auf Einkommen der o.g. Art oder sonstige Ansprüche verzichtet (z. B. Wohn- oder Verpflegungsrechte aus Übertragungsverträgen o. ä.)?	<input type="checkbox"/> Ja, Art und Höhe/Wert: <input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Art und Höhe/Wert: <input type="checkbox"/> Nein.
629	Anspruch auf vertragliche Leistungen (z.B. Wohnrecht/freie Kost)	<input type="checkbox"/> Ja, Art und Höhe/Wert: <input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Art und Höhe/Wert: <input type="checkbox"/> Nein.
<b>Vom Einkommen möglicherweise absetzbare Beträge</b>			
Bitte legen Sie Nachweise zu den Angaben vor.			
	<b>Ausgaben</b>	<b>1. Person</b>	<b>2. Person</b>
630	Steuern auf das Einkommen	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: <input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: <input type="checkbox"/> Nein.
631	Sozialversicherungsbeiträge	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: <input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: <input type="checkbox"/> Nein.
632	Aufwendungen für Arbeitsmittel	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: <input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: <input type="checkbox"/> Nein.
633	Gewerkschaftsbeiträge	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: <input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: <input type="checkbox"/> Nein.
634	Haftpflichtversicherung	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: <input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: <input type="checkbox"/> Nein.
635	Hausratversicherung	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: <input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: <input type="checkbox"/> Nein.
636	Altersvorsorgebeiträge	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: <input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: <input type="checkbox"/> Nein.
637	Sterbeversicherung	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: <input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: <input type="checkbox"/> Nein.
638	Kfz-Haftpflichtversicherung	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: <input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: <input type="checkbox"/> Nein.
<b>Bei Einkommen aus nichtselbstständiger Tätigkeit</b> (Nur auszufüllen, wenn Einkommen aus nichtselbstständiger Tätigkeit vorliegt)			
639	Entfernung Wohnung von der Arbeitsstelle	km	km
640	Kosten für öffentliche Verkehrsmittel für Weg zur Arbeitsstelle	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: <input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: <input type="checkbox"/> Nein.
641	Nutzen Sie für die Fahrt zur Arbeitsstelle ein Kraftfahrzeug?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> Mofa	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> Mofa

7.	Vermögen		
	<p>Es sind sämtliche Vermögenswerte, auch im Ausland befindliche, anzugeben.  Die untenstehende Aufzählung ist deshalb nicht abschließend.  Bitte legen Sie zu Ihren Angaben Nachweise vor  (z.B. Kopien der Sparbücher oder Kontoauszüge, Policen, KFZ-Scheine, Kaufvertrag, Übergabevertrag).</p>		
	Vermögensart	1. Person	2. Person
701	Bargeld	Euro	Euro
702	Girokonto (bitte vollständige Kopien der Kontoauszüge der letzten 3 Monate beifügen)	IBAN: Guthaben: Euro	IBAN: Guthaben: Euro
		IBAN: Guthaben: Euro	IBAN: Guthaben: Euro
703	Sparbücher (bitte Kopien von sämtlichen Seiten der Sparbücher beifügen)	Nr.: Guthaben: Euro	Nr.: Guthaben: Euro
		Nr.: Guthaben: Euro	Nr.: Guthaben: Euro
704	(Mit)-Eigentümer eines Hausgrundstückes oder sonstigen Grundbesitzes	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Art und Größe des Grundstückes:  Lage des Grundstückes (Ort, Flurstück):  Eigentumsverhältnisse:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Art und Größe des Grundstückes:  Lage des Grundstückes (Ort, Flurstück):  Eigentumsverhältnisse:
705	Wurde in der Vergangenheit Haus- und Grundbesitz veräußert oder übertragen? (bitte Übergabevertrag beifügen)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Datum	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Datum
706	(Teil)Inhaber/in einer Firma oder eines Gewerbebetriebes; Sonstiges Kapitalvermögen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Name und Anschrift:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Name und Anschrift:
707	Wertpapiere, Sparbriefe	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
708	Bausparvertrag	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Institut und Vertrags-Nr.:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Institut und Vertrags-Nr.:
709	Eigentum von Hypotheken oder sonstigen Forderungen ggü. Dritten	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
710	Lebensversicherungen bzw. Sterbegeldversicherungen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
711	Bestattungsvorsorgevertrag bzw. Grabpflegevertrag	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

